**就学前ＣＡＰプログラム　実施依頼書**

◆下記の各欄に必要事項をご記入の上、**ＳＡＰ子どもサポートセンター事務局（ウィメンズ**

**センター大阪内）**までご返信ください。　　E-mail：wco@wco-net.jp　FAX：06-6632-7012

|  |  |
| --- | --- |
| 園名 |  |
| 所在地 | 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ（　　　　）　　　　　　　　・ＦＡＸ（　　　　） |
| 担当者 | ＊いずれかに〇をお付けください。園長　・　主任　・　他(　　　　　)　　　　　 |
| ＰＴＡ（保護者）窓口担当者おられる場合のみご記入ください | 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| ＴＥＬ（　　　　）　　　　　　　　・ＦＡＸ（　　　　） |
| ◆子どもワークショップを実施するためには、**事前に教職員・保護者の各ワークショップが必要です**。◆子どもワークショップの所要時間は約４５分です。 |
| おとなワ｜クショップ | 内　容 | 第１希望 | 第２希望 |
| 教職員向け所要時間約２時間 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　　　時　　　分　～　約２時間 | 月　　　　日（　　　）　　　時　　　分　～　約２時間 |
| 保護者向け所用時間２時間 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　　　時　　　分　～　　２時間 | 月　　　　日（　　　）　　　時　　　分　～　　２時間 |
| 子どもワ｜クショップ | 学　年 | クラス数 | 第１希望 | 第２希望 | 第３希望 |
| 才児 | クラス | 　　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） | 　　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） | 　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） |
| 才児 | クラス | 　　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） | 　　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） | 　　月　　日（　）月　　日（　）月　　日（　） |

ご記入日　　２０　　年　　　　月　　　　日